



Endokrinologische Therapien

Geschlechtsdysphorie bei
Kindern und Jugendlichen

von
Saskia Fahrenkrug
Achim Wüsthof

Herausgeber:
P. M. Holterhus

**Mit freundlicher Unterstützung von FERRING Arzneimittel GmbH.
Auf die Inhalte und Gestaltung dieses Buches hat die FERRING Arzneimittel GmbH keinen Einfluss und trägt dafür keine Verantwortung.**

Impressum

Herausgeber: Prof. Dr. P. M. Holterhus

Copyright: Herausgeber, alle Rechte vorbehalten

Lektorat und Layout: Kirsten Külker, Berlin

1. Auflage, Kiel 2018

Die Verwendung der neutralen Begriffe „Patient“, „Arzt“ etc. umfasst grundsätzlich weibliche und männliche Personen.

Endokrinologische Therapien

**Geschlechtsdysphorie
bei Kindern und
Jugendlichen**

**Saskia Fahrenkrug
Achim Wüsthof**

**Herausgeber:
P. M. Holterhus**

WICHTIGER HINWEIS:

Herausgeber und Autoren dieses Werkes haben große Sorgfalt darauf verwendet, dass die in diesem Werk gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Die Erkenntnisse in der Medizin unterliegen jedoch laufendem Wandel durch Forschung und klinische Erfahrungen. Autoren, Herausgeber und Verlag bitten daher um Verständnis dafür, dass sie keine Haftung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben übernehmen können. Ferner ersetzen die Informationen dieses Werkes nicht die individuelle Beurteilung und Entscheidung des Arztes.

Vorwort des Herausgebers

Als KinderendokrinologInnen sind wir es normalerweise gewohnt, somatische Störungen des Hormonsystems streng systematisch zu diagnostizieren und ggf. fehlende Hormone zu ersetzen, z.B. bei Hypogonadismus oder Hypothyreose, oder eine pathologische Überproduktion, z.B. bei der Pubertas praecox oder beim M. Basedow, pharmakologisch zu blockieren. Eine völlig andere Situation liegt vor, wenn Kinder und Jugendliche sich bezüglich ihrer erlebten Geschlechtsidentität nicht im biologisch richtigen Körper vorfinden, was bei den Betroffenen regelhaft zu massiven psychischen Problemen führt. Wir sehen diese Patienten immer häufiger in unseren Sprechstunden. Eine erhebliche medizinische und ethische Herausforderung für uns KinderendokrinologInnen besteht darin, dass wir bereits kurz nach Pubertätsbeginn gefragt sein können, in eine an sich völlig intakte weibliche oder männliche Pubertätsentwicklung einzugreifen und sie zu blockieren oder in späteren Phasen sogar konträrgeschlechtliche Hormonbehandlungen durchzuführen. Diese haben das Ziel, den Leidensdruck der geschlechtsdysphorischen Jugendlichen durch eine bessere Kongruenz von Seele und phänotypischem Geschlecht des Körpers aufzulösen bzw. zu lindern. Das Dilemma besteht darin, dass wir uns in der Schulmedizin normalerweise auf Ergebnisse prospektiver randomisierter Studien verlassen möchten, z.B. zu den differenziellen Entwicklungsprognosen betroffener Jugendlicher mit oder ohne Eingriff in das Endokrinium, diese jedoch bei der Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen fehlen und aus ethischen Gründen kaum den Patienten angeboten werden können.

Ich habe lange darüber nachgedacht, ob man ein derartig komplexes Thema, das sich am Rand unseres eigenen Fachgebiets bewegt, in Form eines kurzen Taschenbüchleins in der Reihe „Endokrinologische Therapien“ besprechen darf und kann. Klar ist, dass die Betreuung betroffener Jugendlicher immer multidisziplinär organisiert sein muss und dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. die Sexualmedizin eine zentrale Rolle spielt. Eine enge Zusammenarbeit mit der Kinderendokrinologie, die ein dezidiertes, feines Verständnis der hormonellen Abläufe in der Pubertät und der Wirkungen unterschiedlicher Hormonpräparate „aus dem Effeff“ beherrscht und zur Patientenbetreuung beitragen kann, muss dabei als „conditio sine qua non“ gefordert werden. In Hamburg hat die Zusammenarbeit der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf mit dem Endokrinologikum in Hamburg aufgrund ihres multidisziplinären Konzepts in den zurückliegenden Jahren eine überregionale Bekanntheit und Anerkennung erhalten. Das hat mich motiviert, Dr. med. Achim Wüsthof, Kinderarzt und Kinderendokrinologe, der dieses Konzept am Endokrinologikum für den pädiatrischen Fachbereich aufgebaut hat und den ich seit vielen Jahren als versierten Kinderendokrinologen persönlich kenne und schätzen gelernt habe, zu fragen, ob er ein solches Buch als Autor schreiben würde. Nach dessen Abstimmung mit Saskia Fahrenkrug, Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin aus der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, kam die erfreuliche Zusage, dem interdisziplinären Thema entsprechend, das Buch gemeinsam zu verfassen. Ich war sofort begeistert und dankbar, ein derart ausgewiesenes Autorenteam für dieses schwierige Thema gewinnen zu können.

Saskia Fahrenkrug wurde in Hamburg geboren und studierte dort Psychologie, Sexualwissenschaften und Germanistik. Sie begann ihre berufliche Tätigkeit 2001 in einer psychosomatischen Klinik und lernte dort bereits die Untrennbarkeit und Interaktion von Psyche und Soma kennen, die sie fortan viel beschäftigte. Nach ihrer Weiterbildung zur Psychoanalytikerin, die sie 2006 mit der Approbation als Psychologische Psychotherapeutin abschloss, wechselte sie in die Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Seit 2008 leitet sie dort die Spezialambulanz für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie. Seit 2016 ist sie Mitglied der Steuerungsgruppe für die Erstellung der neuen S3-AWMF-Leitlinie zur Behandlung transidenter Kinder und Jugendlicher.

Dr. med. Achim Wüsthof kam 1967 in Köln auf die Welt. Als Zehnjähriger wanderte er mit seinen Eltern nach Brasilien aus. Die Familie lebte 16 Jahre in São Paulo, wo er Medizin studierte und Kinderarzt wurde. Neben dem Studium begann er als Medizinjournalist zu schreiben und veröffentlichte bisher fünf Sachbücher. Seit 1994 lebt Achim Wüsthof in Hamburg, elf Jahre lang arbeitete er in der Kinderklinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und ist seit 2005 als pädiatrischer Endokrinologe am Endokrinologikum in Hamburg-Altona tätig. Seit über 15 Jahren begleitet er transidente Kinder und Jugendliche. Er wurde von der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED e.V.) entsandt, um gemeinsam mit anderen Fachgesellschaften unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie die neue S3-AWMF-Leitlinie für die Behandlung transidenter Kinder und Jugendlicher zu erarbeiten.

Das vorliegende Taschenbuch nähert sich dem Thema der Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugend-

lichen aus interdisziplinärer Perspektive der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinderendokrinologie. Die Leserinnen und Leser dürfen viele praxisrelevante Hinweise zur Diagnostik und zu den therapeutischen Optionen erwarten. Dem Charakter der Buchreihe „Endokrinologische Therapien“ entsprechend, basieren viele dieser Hinweise auf Literaturempfehlungen und Leitlinien, jedoch wird auch der wertvolle persönliche klinische Erfahrungsschatz der Autoren mit den Leserinnen und Lesern geteilt. Eine kritische Auseinandersetzung mit der Frage, ob, wann und welche hormonelle Intervention bei Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie stattfinden kann oder sollte, fehlt selbstverständlich nicht. Zusammenfassend liegt mit diesem Büchlein ein prägnantes und erfrischend klar geschriebenes State-of-the-Art-Praxisbuch zum Thema Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen vor, das für kinderendokrinologisch tätige Ärztinnen und Ärzte ein exzellenter Einstieg in eine vertiefte Auseinandersetzung mit der besonderen Thematik ist.

Paul-Martin Holterhus

Vorwort

Wenn Kindern oder Jugendlichen bewusst wird, dass sie im „falschen Körper“ leben, sind sie meist verwirrt und leiden qualvoll. Es spielen sich oftmals seelische Dramen ab, die sich durch Depression, Suizidgedanken und selbstverletzendes Verhalten äußern. Nicht nur ihre Eltern, sondern oftmals auch die konsultierten Ärzte sind dann ratlos, wie mit dem Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören, umzugehen ist. Die Pubertät im Geburtsgeschlecht wird als extrem verstörend und unstimmig empfunden. Das Unwohlsein mit dem Körper, die sogenannte Geschlechtsdysphorie, verstärkt sich, wenn sich die sekundären Geschlechtsmerkmale entwickeln.

Und nun stellen sich für die Behandler mehrere Fragen: Darf die Verweiblichung oder Vermännlichung dieser Jugendlichen medikamentös unterdrückt werden? Was passiert, wenn einfach nur zugewartet wird? Wann und unter welchen Voraussetzungen darf eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung begonnen werden, die den Körper auf irreversible Weise grundlegend verändert?

In diesem kleinen praxisorientierten Buch versuchen wir Antworten auf solche Fragen zu geben. Wir beziehen uns dabei oft auf unsere persönlichen Erfahrungen in der Behandlung von mittlerweile über 600 transidenten Jugendlichen und erwähnen auch die bereits vorhandenen Leitlinien unterschiedlicher Fachgesellschaften. Innerhalb der letzten 20 Jahre trauen sich immer mehr Kinder und Jugendliche, über ihre Geschlechtsinkongruenz, also die Unstimmigkeit zwischen anatomischem und gefühltem Geschlecht, zu sprechen und Hilfe zu suchen. Interessanterweise hat sich das Geschlechter-

verhältnis der Transjünglichen von überwiegend Junge-zu-Mädchen auf etwa zwei Drittel Mädchen-zu-Junge gewandelt – und das weltweit. Bisher gibt es dafür keine plausiblen Erklärungen, aber eine stark polarisierende Diskussion, die zuletzt unter dem Stichwort „rapid onset“ geführt wurde und erneut die Frage nach einer vermeintlich „echten“ und einer vermeintlich „erworbenen“ Geschlechtsdysphorie aufbringt.

Der gesellschaftliche Bedeutungswandel des Genderbegriffs und neue, weniger dichotom angelegte Konzepte zur Identitätsentwicklung spiegeln sich auch wider in einer zunehmenden Anzahl Jugendlicher, die sich als „non binär“ definieren, also nicht eindeutig weiblich oder männlich leben wollen. Das sind dann beispielsweise Menschen, die ihre Brust ablehnen und sie wegoperieren lassen möchten, aber keine Hormonbehandlung wünschen. Die sexuelle Orientierung der Betroffenen ist auch nicht unbedingt heteronormativ – so haben beispielsweise Transjungen recht häufig schwule Beziehungen.

Unser Ziel ist, dass diesen jungen Menschen mit ausgeprägter Geschlechtsdysphorie später ein zufriedenes Leben möglich ist. Und wenn das nur durch eine Hormonbehandlung gelingt, die den Körper an das gefühlte Geschlecht anpasst, dann ist dieser Weg legitim. Die Wahrscheinlichkeit zu irren liegt in unserem Kollektiv bei unter einem Prozent. Werden Hormone frühzeitig eingesetzt, kann man die Menschen später nicht mehr von ihren Geschlechtsgenossen unterscheiden – und damit verschwindet ein entscheidender Grund der Stigmatisierung transidenter Menschen.

Saskia Fahrenkrug und Achim Wüsthof

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung und Grundlagen	10
1.1	Begrifflichkeiten	10
1.2	Klinik und Symptomatik	10
1.2.1	<i>Vor der Pubertät</i>	11
1.2.2	<i>Während der Pubertät</i>	11
1.2.3	<i>Nach der Pubertät</i>	12
1.3	Diagnosen und Klassifikation	13
1.4	Epidemiologie	16
1.5	Persistenz	17
1.6	Komorbiditäten	18
2.	Behandlung	19
2.1	Kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung	19
2.1.1	<i>Leitlinien</i>	19
2.1.2	<i>Der interdisziplinäre gendertherapeutische Ansatz</i>	19
2.1.3	<i>Klinische Praxis des kinder- und jugendpsychiatrischen Vorgehens</i>	20
2.1.3.1	<i>Initiale Phase</i>	21
2.1.3.2	<i>Psychotherapie</i>	23
2.1.3.3	<i>Grundhaltung des Behandlers und Besonderheiten des Arbeitsbündnisses</i>	23
2.1.3.4	<i>Indikationstellung und „second look“ bei geschlechtsangleichenden Behandlungen</i>	24
2.2	Somato-medizinische Behandlung	25
2.2.1	<i>Pubertätsunterdrückende Behandlung</i>	27
2.2.1.1	<i>Behandlung mit GnRH-Analoga</i>	28
2.2.1.2	<i>Behandlung mit Gestagenen</i>	29
2.2.1.3	<i>Behandlung mit Antiandrogenen</i>	30
2.2.2	<i>Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung</i>	30
2.2.2.1	<i>Geschlechtsangleichende Hormon- behandlung bei Transjungen (FMT)</i>	32
2.2.2.2	<i>Geschlechtsangleichende Hormon- behandlung bei Transmädchen (MFT)</i>	33
2.2.3	<i>Geschlechtsangleichende operative Maßnahmen</i>	34
2.2.3.1	<i>Mastektomie bei FMT</i>	34
2.2.3.2	<i>Genitaloperationen bei FMT</i>	34
2.2.3.3	<i>Genitaloperationen bei MFT</i>	35
3.	Zusammenfassung und Fazit	36
4.	Literatur	38

1. Einleitung und Grundlagen

Ein Identitätserleben, das nicht deckungsgleich zum eigenen körperlichen Geschlecht ist, findet seinen Anfang nicht erst in der Adoleszenz oder dem Erwachsenenalter, sondern kann oft bereits von Kindern und Jugendlichen wahrgenommen und benannt werden.

In den vergangenen zehn Jahren haben es Behandler mit einem starken Anstieg ratsuchender Kinder, Jugendlicher und deren Familien zu tun. Ihnen gemeinsam ist, neben dem Behandlungswunsch und einem körperbezogenen Leidensdruck, die Selbstdefinition als Transgender.

1.1 Begrifflichkeiten

Transgender stellt einen Oberbegriff dar, unter dem sich verschiedene individuelle Ausprägungen verbergen, deren Gemeinsamkeit darin besteht, dass sich ein Individuum nicht positiv mit seinem Geburts-geschlecht identifizieren kann. Wenn durch diese wahrgenommene Diskrepanz (oder auch: Inkongruenz) von gefühlter und körperlicher Identität ein Leidensdruck entsteht, so bezeichnet man diesen als **Geschlechtsdysphorie**.

Die Bezeichnung Transsexualität wird heute weniger verwendet (und für Kinder generell nicht – siehe Kapitel 1.3), da damit irrtümlich eine Verbindung zur Sexualität eines Menschen assoziiert wird und die Vorstellung eines Lebens „im falschen Körper“ den individuellen Entwicklungswegen der Betroffenen nicht mehr gerecht wird.

Ein körperlich weibliches Kind/Jugendlicher, das einen Leidensdruck über den eigenen Körper entwickelt und den Wunsch hat, dem männlichen Geschlecht anzugehören, wird als **Transjunge** (Frau-zu-Mann-Transgender, FMT) bzw. im umgekehrten Fall als **Transmädchen** (Mann-zu-Frau-Transgender, MFT) bezeichnet.

Im aktuellsten Sprachgebrauch hat sich die Begrifflichkeit von **trans*** (gesprochen: Trans-Sternchen) etabliert, die von den meisten Betroffenen als am wenigsten irreführend wahrgenommen wird.

1.2 Klinik und Symptomatik

Im Bereich der Kinder und Jugendlichen bis zur Volljährigkeit finden sich gemäß des großen Altersspektrums unterschiedliche Erschei-

nungs- und Ausdrucksformen der Geschlechtsdysphorie. Am einfachsten (wenn auch etwas schematisch) ist die Einteilung von *vor*, *während* und *nach* Einsetzen der pubertätsbedingten Veränderungen.

1.2.1 *Vor der Pubertät*

Typischerweise finden sich *vor* Beginn der Pubertät viele Kinder, die über verbale Äußerungen und Fragen („Wann bekomme ich einen Penis/Brüste/eine Scheide?“ etc.) ihre Beschäftigung mit der diskrepanten Körperwahrnehmung deutlich machen und sich auf der Verhaltensebene geschlechtsuntypisch zeigen (Kleidung, Spielinteressen) und darin auch Eltern und der sozialen Umgebung auffallen, bis hin zu Kindern, die sich bereits im Vorschulalter eindeutig in ihrer geschlechtsangleichenden Identifizierung positionieren („Ich will kein Junge sein, ich *bin* ein Junge“). Ein bekanntes (und nicht pathologisches) Phänomen ist dabei bei jüngeren Kindern auch die Verleugnung der körperlichen Fakten, indem beispielsweise die Überzeugung geäußert wird, dass doch noch die „richtigen“ Genitalien wachsen werden oder diese sich „bald umformen würden“. Der in diesem Zeitraum auftretende Leidensdruck ist meist partiell und kann durch Beratung/Unterstützung der Eltern im Umgang mit dem Kind oft rasch reduziert werden, indem zum Beispiel Wünschen des Kindes ohne Sanktionierung angemessen fürsorglich nachgegeben wird.

Psychopathologische Symptombildungen sind selten in den frühen Lebensjahren und zumeist reaktiv, d.h., sekundär durch Umweltreaktionen bedingt. Dieses betrifft überwiegend biologisch männliche Kinder, die erkennbar feminin auftreten (Kleidung/Verhalten) und damit auf eine geschlechtsstereotype Umgebung treffen. Als Belastungsanzeichen können in derartigen Situationen Ängste, Aggressivität, Schlafprobleme, Verlust der Freude an Aktivitäten und Rückzugstendenzen von anderen Kindern sowie Rückgriffe auf regressive Verhaltensweisen auftreten.

1.2.2 *Während der Pubertät*

In der Phase der einsetzenden Pubertät verändert sich die Situation grundlegend: Durch die nun beginnende Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale setzt oftmals von einem Tag auf den anderen ein

starker und beeinträchtigender Leidensdruck ein. Im Vordergrund steht dabei, dass körperliche Veränderungen nicht gewollt werden, das Kind/der Jugendliche sich diesen jedoch ohnmächtig ausgeliefert fühlt. Das löst sehr tiefgreifende Zustände von Hilflosigkeit, Aggression gegen sich selbst und nicht selten depressive Stimmungen aus. Junge Jugendliche, die sich bereits selbst klar definieren und eventuell bereits einen Rollenwechsel vollzogen haben, drängen aus dieser Angst auf rasche **endokrinologische Behandlung** („Pubertätsblockade“).

Andere hingegen beginnen erst jetzt in einen Prozess der Auseinandersetzung mit sich und dem Körper vorsichtig einzutreten und können oft noch länger nicht benennen, was in ihnen vorgeht. Es besteht zum Beispiel eine große Angst vor dem Brustwachstum, jedoch können daraus folgende Konsequenzen und Fragen („Wer bin ich eigentlich, wenn ich keine Brust haben will?“) sowie Veränderungen der eigenen Rolle in der sozialen Umgebung noch nicht reflektiert werden. In diesem Alter finden sich viele und zum Teil schwere psychopathologische Symptombildungen als Reaktion auf die umwälzenden inneren und körperlichen Veränderungen, wie z. B.:

- Anorexie bei körperlich weiblichen Jugendlichen als Versuch, das Wachstum von Brust und weiblichen Körperformen zu verhindern
- Selbstverletzungen als gegen sich gewendete Aggression über das Eigenleben des Körpers
- depressive Krisen mit starkem sozialen Rückzug und (seltener) einer einhergehenden suizidalen Gefährdung

1.2.3 *Nach der Pubertät*

Damit ist die Zeit gemeint, in der die wesentlichen körperlichen Veränderungen wie Stimmbruch, Veränderung der Körperstatur bzw. Brustwachstum und Menstruation bereits geschehen sind. Die Jugendlichen äußern nun direkt ihre Überzeugung, im falschen Körper geboren worden zu sein und sich dem anderen Geschlecht mit allen Erlebensweisen und Empfindungen zugehörig zu fühlen. Einige haben zuvor „Anpassungsversuche“ an ihr körperliches Geschlecht als letzten Versuch der Aussöhnung mit dem Körper unternommen und erleben sich darin gescheitert. Entsprechend drängend (und oft leidvoll) ist nun der Wunsch nach somato-medizinischen Maßnahmen, um den eigenen Körper in seiner Erscheinung der inneren Überzeugung angleichen zu können.

Fast alle Jugendlichen gehen jetzt den Schritt des Rollenwechsels und erleben zumindest eine vorübergehende Entlastung, wenn sie darin akzeptiert und respektiert werden. Typischerweise sind Transjungen mit dem Verdecken der Brust (Binder tragen) sowie mit dem Fehlen der männlich markanten Stimme beschäftigt, während Transmädchen durch ihre männliche Stimmlage, den muskulöseren Körperbau und die Behaarung (vor allem Bartwuchs) beeinträchtigt sind.

Symptomatisch vermischt sich nun die Belastung aus der eigentlichen Geschlechtsdysphorie mit den Folgen und Konsequenzen aus deren bisherigen Bewältigungsversuchen. Wir sehen dann nicht selten ausgeprägte Entwicklungshemmungen mit Ängsten und depressiven Episoden, längeren Phasen des Schulabsentismus und rezidivierenden Krisen, die mitunter auch stationäre Behandlungen erforderlich machen.

1.3. Diagnosen und Klassifikation

In den international verwendeten Klassifikationssystemen ICD 10 und DSM 5 werden geschlechtsdysphorische Kinder und junge Jugendliche als *Geschlechtsidentitätsstörungen des Kindesalters* F64.2 (ICD 10) oder *Geschlechtsdysphorie bei Kindern* 302.6 (DSM 5) kategorisiert.

Ältere Jugendliche nach der Pubertät werden im DSM 5 gemeinsam mit den Erwachsenen als 302.85 (*Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen*) klassifiziert, während im ICD 10 die diagnostische Kategorie *Transsexualität* (F64.0) zur Verfügung steht mit dem Vermerk, dass diese eigentlich nicht bei Jugendlichen unterhalb des 17. Lebensjahres zu verwenden sei.

Sind die diagnostischen Kriterien nur teilweise erfüllt, können im ICD die Diagnosen *Sonstige Störung der Geschlechtsidentität* (F64.8) oder *Nicht näher bezeichnete Störung der Geschlechtsidentität* (F64.9) zutreffen.

Der DSM 5 liefert (wie in Tabelle 1 und 2 ersichtlich) differenziertere und konkretere diagnostische Kriterien für die Erfassung:

Tabelle 1: DSM-V 302.6: Geschlechtsdysphorie bei Kindern

- A.** Ausgeprägte Inkongruenz zwischen dem erlebten/ausgedrückten und dem zugewiesenen Geschlecht („gender“), die mindestens sechs Monate andauert und sich durch mindestens sechs der folgenden Kriterien manifestiert (eines davon muss Kriterium A1 sein):
- (1.) Starker Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören, oder ein Bestehen darauf, dass er oder sie dem anderen Geschlecht (oder einem alternativen Geschlecht, das von dem zugewiesenen abweicht) angehört.
 - (2.) Bei als *Jungen* erzogenen Kindern eine ausgeprägte Bevorzugung für das Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung oder die Nachahmung weiblicher Aufmachung; bei als *Mädchen* erzogenen Kindern ausgeprägte Bevorzugung des Tragens ausschließlich jungentypischer Bekleidung und ein starker Widerstand gegen das Tragen typischer Mädchenbekleidung.
 - (3.) Ausgeprägte Bevorzugung gegengeschlechtlicher Charaktere in Rollen- oder Fantasiespielen.
 - (4.) Ausgeprägte Bevorzugung von Spielzeug, Spielen oder Aktivitäten, die für das andere Geschlecht typisch sind.
 - (5.) Ausgeprägte Bevorzugung von Spielgefährten des anderen Geschlechts.
 - (6.) Bei als *Jungen* erzogenen Kindern ausgeprägte Ablehnung von Spielzeug, Spielen oder Aktivitäten, die für Jungen typisch sind und eine ausgeprägte Vermeidung von Rauf- und Tobespielen; bei als *Mädchen* erzogenen Kindern starke Ablehnung von Spielzeug, Spielen oder Aktivitäten, die für Mädchen typisch sind.
 - (7.) Starke Abneigung gegen die eigenen körperlichen Geschlechtsmerkmale.
 - (8.) Starker Wunsch, diejenigen primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale zu haben, die dem gefühlten Geschlecht („one’s experienced gender“) entsprechen.

- B.** Klinisch relevantes Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Spezifizierung

1. *Mit einer Variation bzw. Störung der Geschlechtsentwicklung* (z. B. ein adrenogenitales Syndrom wie 255.2 [E25.0], die angeborene Nebennierenrindenhypertrophie oder 259.50 [E34.50] das Androgenresistenz-Syndrom)

Hinweis: Wenn dies zutrifft, sind beide Diagnosen zu kodieren.

Kodierungshinweis: Kodiere sowohl die Störung der sexuellen Entwicklung (DSD) als auch die Geschlechtsdysphorie.

Tabelle 2: DSM-V 302.85: Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen

- A.** Ausgeprägte Inkongruenz zwischen der erfahrenen/erlebten Geschlechtszugehörigkeit („gender“) und der zugewiesenen Geschlechtszugehörigkeit, die mindestens sechs Monate andauert und sich durch zwei oder mehr der folgenden Kriterien manifestiert (eines davon muss Kriterium A1 sein):
- (1.) Eine ausgeprägte Inkongruenz zwischen der erfahrenen/erlebten Geschlechtszugehörigkeit („gender“) und den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder, bei jungen Adoleszenten, den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen).
 - (2.) Ein starker Wunsch, die primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden (oder, bei jungen Adoleszenten, die Entwicklung der erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmale zu verhindern).
 - (3.) Ein starkes Verlangen, die primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale des anderen Geschlechts zu haben.
 - (4.) Der starke Wunsch, dem anderen Geschlecht (oder einem alternativen Geschlechts, das vom zugewiesenen abweicht) anzugehören.
 - (5.) Der starke Wunsch, wie ein Angehöriger des anderen Geschlechts (oder eines alternativen Geschlechts, das vom zugewiesenen abweicht) behandelt zu werden.
 - (6.) Die starke (feste) Überzeugung, dass man die typischen Gefühle und Reaktionen des anderen Geschlechts (oder eines alternativen Geschlechts, das vom zugewiesenen abweicht) habe.
- B.** Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Spezifizierung

1. *Mit einer Variation bzw. Störung der Geschlechtsentwicklung, z. B. ein adrenogenitales Syndrom wie 255.2 [E25.0], die angeborene Nebennierenrindenhypertrophie oder 259.50 [E34.50] das Androgenresistenz-Syndrom*
Hinweis: Wenn dies zutrifft, sind beide Diagnosen zu kodieren.
2. *Nach der Geschlechtsangleichung:*
Die Person lebt vollständig in der gewünschten Geschlechtsrolle (mit oder ohne gesetzliche Anerkennung) und hat sich mindestens einer geschlechtsangleichenden Behandlungsmaßnahme unterzogen (oder bereitet eine solche vor) – entweder eine regelmäßige geschlechtsangleichende Hormonbehandlung und/oder eine geschlechtsangleichende Operation (z. B. Penektomie, Vaginalplastik bei männlichem Zuweisungsgeschlecht; Mastektomie und/oder Phalloplastik bei weiblichem Zuweisungsgeschlecht).
Hinweis: Die Spezifizierung „nach der Geschlechtsangleichung“ bezieht sich auf fortlaufende Anschlussbehandlungen, z. B. die dauerhaft erforderliche Behandlung mit Sexualhormonen.

Es muss dabei beachtet werden, dass beide Klassifikationssysteme sowohl den zeitlichen Aspekt als auch den Leidensdruck bei der Diagnosestellung benennen. Ein vorübergehendes oder episodisches, nicht rollenkonformes Verhalten im Kindesalter („Tomboy“) ist häufig bei Kindern anzutreffen und keinesfalls als Ausdruck einer frühen Geschlechtsdysphorie zu betrachten.

- **CAVE:** Die Diagnose einer Geschlechtsdysphorie ist immer eine **Verlaufdiagnose** und kann nicht nach einmaliger Konsultation gestellt werden. Es gibt neben der klinischen Untersuchungssituation, die bei Minderjährigen zwingend auch die (mehrfache) Exploration der Eltern/erwachsenen Bezugspersonen beinhaltet, kein valides Erhebungsinstrument, das die Diagnose sichert. Aufgrund der Unsicherheiten und Unklarheiten bei der Persistenz der Geschlechtsdysphorie und den vielfältigen Entwicklungsmöglichkeiten in diesem Zeitabschnitt sollte zudem bei anamnestisch bekannter Diagnose im Kindesalter nicht auf deren zwingenden Fortbestand im Jugendalter und in der Adoleszenz vertraut werden.

1.4 Epidemiologie

Zur **Prävalenz** von Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter liegen kaum systematische und vor allem aktuelle Untersuchungen vor. Es kann nach Cohen-Kettenis et al. (1) und Zucker (2) angenommen werden, dass diese international unter einem Prozent liegen. Für den deutschsprachigen Raum dürften ähnliche Zahlen angenommen werden.

Subjektiv, d.h. anhand der Schätzungen und Beobachtungen aus den großen spezialisierten Zentren in Deutschland und Holland, hat sich die Anzahl der Behandlungssuchenden vervielfacht. Dieses Phänomen sowie eine zunehmende Umkehr des Geschlechterverhältnisses von MFT zu FMT ist durch mehr mediale Präsenz und Wegfall der gesellschaftlichen Stigmatisierung nicht ausreichend zu erklären. Letzteres betrifft allerdings bislang ausschließlich jugendliche und adoleszente Patienten; bei den Kindern dürfen die Inanspruchnahmezahlen wie auch das Geschlechterverhältnis als konstanter angenommen werden (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Inanspruchnahmeklientel der Hamburger Spezialambulanz

Alter und Geschlechterverhältnis	Geburtsgeschlecht
Jugendliche ≥ 12 Jahre	M:F = 1 : 3
Kinder ≤ 11 Jahre	M:F = 4,5 : 1

1.5 Persistenz

Die Frage der **Persistenz von Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter** ist ein derzeit sehr umstrittenes Thema, insbesondere unter den forschenden Kollegen. Eine Reihe von Studien zeigte Ergebnisse zwischen zwei Prozent (3) bis zu 39 Prozent (4) in der langfristigen Beständigkeit der Geschlechtsdysphorie. Es ist anzunehmen, dass die unterschiedlichen Ergebnisse durch die Stichprobenauswahl, den Untersuchungszeitpunkt und höchwahrscheinlich auch durch den soziokulturellen Kontext und dessen Geschlechtsrollenerwartungen beeinflusst werden (5).

Insgesamt legen die Ergebnisse nahe, dass eine zu einem bestimmten Zeitpunkt getroffene diagnostische Einschätzung keine weitreichenden Rückschlüsse auf den individuellen Entwicklungsweg und den Umgang mit der erlebten Geschlechtsdysphorie zulässt.

In den meisten spezialisierten deutschen Behandlungszentren sind die Zahlen bezüglich der Persistenz einer Geschlechtsdysphorie eher im Bereich der 90 Prozent anzusiedeln. Auch hier muss kritisch eingeräumt werden, dass die Klientel der Spezialzentren natürlich auch einer Vorselektion unterliegt und vermutlich ebenfalls eine Auswahl sehr deutlich belasteter Kinder und Jugendlicher darstellt, welche die Hürde einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung mit hohem Aufwand auf sich nehmen.

Aus den bisherigen Studien ließen sich jedoch einige Prädiktoren für die langfristige Persistenz einer Geschlechtsdysphorie identifizieren. Hier sind neben einer hohen Intensität der Geschlechtsdysphorie in der Kindheit mit einem deutlich non-konformen Rollenverhalten auch ein früher sozialer Rollenwechsel in das Identitätsgeschlecht sowie ein früher Zeitpunkt der Erstvorstellung zu nennen (6). Klar ist allerdings auch, dass ein gendervariantes, atypisches Erleben und Verhalten von Kindern, wie zum Beispiel in Form von Spielpräferenzen, kein Prädiktor für eine transidente Entwicklung in späteren Jahren ist (7).

Die Frage der Persistenz ist unter behandlungstechnischer Sicht von elementarer Bedeutung. Im klinischen Setting ist dabei wichtigstes Kriterium für eine Behandlungsentscheidung die Übereinstimmung von in diesem Bereich erfahrenen Experten nach erfolgter Diagnostik (siehe Kapitel 2).

1.6 Komorbiditäten

Komorbid Störungen sind wie bereits beschrieben bei geschlechtsdysphorischen Kindern und Jugendlichen, die einen Behandlungswunsch haben, häufig anzutreffen. Becker et al. (8) fanden für das Hamburger Zentrum heraus, dass 70,8 Prozent der behandelten Kinder und Jugendlichen neben der Geschlechtsdysphorie eine zweite ICD-10-Diagnose erhalten hatten. Diese Diagnosen kommen zumeist aus dem Bereich der affektiven oder der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. 57 Prozent der Patienten berichteten zudem über aktuelles oder vergangenes selbstverletzendes Verhalten oder über Suizidgedanken und -versuche; 18 Prozent hatten bereits einen Suizidversuch unternommen. Klar wird daran, dass es sich bei den Behandlungssuchenden Betroffenen um eine deutlich psychopathologisch belastete Klientel im Vergleich zur entsprechenden Altersnorm handelt. Allerdings lassen sich keine Aussagen darüber treffen, wie in der älteren ätiologischen Literatur häufig versucht, inwieweit es sich dabei um reaktiv bedingte Symptomatik oder um einen die Geschlechtsdysphorie mitbedingenden Umstand handelt.

Unter behandlungstechnischen Aspekten wurde immer wieder die Frage der komorbiden Belastung und einer Indikationsstellung für somato-medizinische Maßnahmen kontrovers diskutiert. Während einige Zentren, wie zum Beispiel in Holland, stärker belastete Jugendliche von hormonellen Interventionen weitestgehend ausschließen, hat sich in Deutschland die Sichtweise etabliert, dass bis auf wenige Ausnahmen (Psychosen, akute Suchterkrankungen, schwere akute Traumatisierungen) eine weitere psychopathologische Belastung keine Kontraindikation bei ansonsten klarer transidenter Entwicklung darstellt. Vielmehr entscheidend ist es, beide Entitäten in ihrer wechselseitigen Beeinflussung gleichermaßen zu sehen und zu behandeln, sodass für Kinder und Jugendliche Entwicklungsspielräume erhalten oder wieder geschaffen werden.

2. Behandlung

2.1 Kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung

2.1.1 Leitlinien

Sämtliche Behandlungs- und Beratungsangebote für geschlechtsdysphorische Kinder erfolgen international grundsätzlich in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der *WPATH (World Professional Association for Transgender Health)*. Dabei stehen die Reduzierung des durch die Geschlechtsdysphorie begründeten Leidens, die Unterstützung bei sozialen und/oder psychischen Problemen sowie die allgemeine Verbesserung des Wohlbefindens im Fokus der Behandlung. Auf internationaler Ebene bestehen zudem sowohl psychologische als auch endokrinologische Leitlinien, die zum Teil auch Unterkapitel mit Behandlungsempfehlungen für das Kindes- und Jugendalter beinhalten, wie jene zur hormonellen Behandlung durch die *Endocrine Society* (9). Im deutschsprachigen Raum werden aktuell neue *AMWF-Leitlinien* auf S3-Niveau in einem multidisziplinären Team speziell für das Kindes- und Jugendalter erarbeitet, die jedoch nicht vor 2020 abgeschlossen sein werden.

2.1.2 Der interdisziplinäre gendertherapeutische Ansatz

Aktuell konzentrieren sich die meisten Behandlungsangebote für geschlechtsdysphorische Kinder und Jugendliche auf einige wenige speziell ausgerichtete Zentren in Deutschland. Innerhalb dieser Zentren besteht der große Vorteil eines inter- und multidisziplinären Behandlungssettings, dass Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten, Genderspezialisten mit sexualwissenschaftlicher Zusatzqualifikation, Endokrinologen sowie sämtliche somatisch miteinbezogene Fachdisziplinen zusammenarbeiten. Das wird neben der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Hamburg, die eng vernetzt mit dem Endokrinologikum und dem Institut für Sexualforschung zusammenarbeitet, auch von den Universitätskliniken in Berlin, Frankfurt/Main, München, Münster und Leipzig angeboten. Indikationsentscheidungen erfolgen in Fallkonferenzen mit allen Fachdisziplinen, sodass ein hohes Maß an Sicherheit und Individualität erreicht wird.

2.1.3 Klinische Praxis des kinder- und jugendpsychiatrischen Vorgehens

Die Pubertät als Schnittstelle vom Übergang des Kindesalters in die Adoleszenz und die damit verbundenen körperlichen Veränderungen führt zu großen Umwälzungen in der Selbstwahrnehmung, bei Rollenvorstellungen, identifikatorischen Prozessen und den damit verbundenen Anforderungen, diese in das Selbstkonzept zu integrieren.

Für geschlechtsdysphorische Kinder stellt sie zudem oftmals den Zeitraum dar, in dem die Nicht-Passung von gefühlter und körperlicher Identität erstmals bewusst bemerkt und formuliert werden kann. Entsprechend suchen ca. 80 Prozent der Betroffenen im Alter zwischen 12–15 Jahren spezifische Beratung und/oder genderspezifische Behandlung. Anders als bei Erwachsenen folgen Behandlungsangebote und -abläufe weniger einem bestimmten Algorithmus von Maßnahmen, sondern sind individuell und berücksichtigen das jeweilige Alter und den Entwicklungsstand.

Grundsätzlich müssen in der Behandlung geschlechtsdysphorischer Kinder und Jugendlicher **drei Hauptbereiche** unterschieden werden:

- **Diagnostik und Beratung des Einzelnen, der Familie, des sozialen Bezugsrahmens**
- **Psychotherapeutische Interventionen und Begleitung der „Alltagserprobung“**
- **Körpermedizinische Maßnahmen** (siehe Kapitel 2.2)

In der Abbildung auf Seite 21 sind die einzelnen Behandlungselemente schematisch dargestellt, wobei zu beachten ist, dass jede Phase der Behandlung fakultativ und individuell in ihrer Dauer ist.



Abbildung: Das Hamburger Protokoll

2.1.3.1 Initiale Phase

In der initialen Phase der Behandlung stehen Diagnostik und Beratung des betroffenen Kindes oder Jugendlichen unter Fokussierung auf dessen soziale und familiäre Bezugspersonen im Vordergrund. Je nach Alter des Kindes sind es hier oftmals die Eltern, die Unterstützung wünschen, etwa im Umgang mit Lehrern, die verunsichert sind, inwieweit sie ein geschlechtsdysphorisches Kind entsprechend dessen Wünschen ansprechen sollten, ohne einerseits zu frustrieren oder andererseits vielleicht zu vorschnell eine eindeutige geschlechtliche Zuordnung herbeizuführen. Aber auch Elternpaare selbst erleben sich häufig unsicher und zwiespältig gegenüber dem Kind, was zu erheblichen Spannungen und Konflikten führen kann.

Beispiel:

Die Mutter des fünfjährigen Paul, der sich seit dem dritten Lebensjahr besonders intensiv für die Puppen seiner drei Jahre älteren Schwester begeisterte und sich seit einem Jahr nach der Rückkehr aus dem Kindergarten in der Verkleidung als Elsa, die Eisprinzessin, innerhalb der Familie zeigte, berichtete von zunehmenden Konflikten zwischen Paul und seinem Vater. Dieser wirke manchmal „fast wütend und angeekelt“, wenn Paul ihn im Kleid begrüße und strafe ihn dann mit Nichtbeachtung. Nachdem Paul gesagt habe, dass er „später mal wie Elsa sein werde“, habe der Vater versucht, ihn mit „typischen Jungenspielsachen“ wie Schwertern und Ritterverkleidung zu locken, sich dann jedoch, nachdem Paul daran kein Interesse gezeigt hatte, völlig zurückgezogen. Eines Abends hatte Paul sein innig geliebtes Kleid mit der Schere zerschnitten und äußerte unter Tränen, dass er „so was“ nie mehr anziehen wolle.

Im Gespräch mit den Eltern wird deutlich, dass Pauls Vater erhebliche Ängste vor „dem Weiblichen“ in seinem Kind hatte. Neben der Befürchtung, Paul könne später homosexuell werden und Diskriminierung erfahren, zeigte sich, dass der Vater vorwiegend durch seine eigenen Kindheitserfahrungen mit einem sehr sanktionierenden und an Geschlechtsstereotypen orientierten Vater beeinträchtigt war.

In der Reflexion darüber in Einzelgesprächen mit dem Vater gelang es diesem dann wieder zunehmend besser, seinen Sohn weicher und zugewandter in seiner Individualität zu spiegeln und spielerischer auf dessen Angebote einzugehen. Die Arbeit über mehrere Sitzungen mit beiden Eltern ermöglichte es auch dem Kind wieder, seine zugunsten des Vaters aufgegebenen Identitätserprobungen wiederaufzunehmen, ohne fürchten zu müssen, damit die Zuwendung des Vaters zu verlieren. Inwieweit das probeweise Annehmen einer weiblichen Identität des fünfjährigen Kindes weitreichendere Konsequenzen für dessen zukünftige geschlechtliche Identifikation haben wird, konnte in der Folge wieder gelassener und offener von beiden Eltern betrachtet werden.

Die initiale Phase umfasst zudem neben der kategorial diagnostischen Einordnung gleichermaßen eine Einschätzung des kognitiv emotionalen Entwicklungsstandes des Einzelnen, maßgeblicher Entwicklungskonflikte und deren Lösungen, die für den Umgang mit der Geschlechtsdysphorie von Relevanz sind. Insofern unterscheidet sich die gendertherapeutische Beratung von anderen kinder- und jugendpsychotherapeutischen

Angeboten lediglich nur in der speziellen Fokussierung auf die psychosexuelle Entwicklung und deren Verbindung mit dem Identitätserleben.

2.1.3.2 Psychotherapie

Die **psychotherapeutische Versorgung** und Begleitung bei Kindern und Jugendlichen sollte prozessbegleitend und kontinuierlich erfolgen, dabei immer an der speziellen Bedürfnissituation des Einzelnen orientiert. Hinsichtlich Frequenz und Dauer besteht ein individueller Spielraum, der vorab festgelegt wird. Auch hier spielen sowohl das Altersspektrum als auch begleitende psychopathologische Beeinträchtigungen oder Komorbiditäten eine große Rolle. Allein die Tatsache, dass sich ein Mensch nicht deckungsgleich zum körperlichen Geschlecht fühlt, ergibt noch keine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung. Zumeist ist eine psychotherapeutische Behandlung indiziert, wenn ein massiver körperbezogener Leidensdruck zu reaktiven Symptomen geführt hat, neben der Geschlechtsdysphorie eine andere psychische Beeinträchtigung vorliegt und/oder erhebliche ungelöste Entwicklungshemmungen und Konflikte den Jugendlichen im Umgang mit der Identitätsthematik sichtlich einschränken.

Nicht jedes/r geschlechtsdysphorische/r Kind/Jugendlicher benötigt psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne als einer Richtlinienpsychotherapie. Wird nach einer intensiveren diagnostischen Eingangsphase deutlich, dass, abgesehen von der Geschlechtsdysphorie, kein weiterer Leidensdruck besteht, kann eine gendertherapeutische Begleitung in größeren Abständen und bedarfsabhängig ausreichend und sinnvoll sein.

Ebenso kann eine zeitlich umgrenzte stationäre Behandlung auch bei trans*Jugendlichen einen Entwicklungsanschub leisten, damit der Einzelne auf Ressourcen zurückgreifen und sich entsprechend seiner Wünsche wieder eigenständig positionieren kann (etwa einen Rollenwechsel vornehmen).

2.1.3.3 Grundhaltung des Behandlers und Besonderheiten des Arbeitsbündnisses

Ein stabiles Behandlungsbündnis kann nur entstehen, wenn es gelingt, die Selbstdefinition eines Kindes oder Jugendlichen zu respektieren,

ernst zu nehmen und nicht durch Plausibilitätsprüfung grundlegend in Frage zu stellen. Dazu gehört auch, dass jeder Behandler in der Lage sein muss, eigene Zuschreibungen hinsichtlich geschlechtsstereotyper Vorstellungen zu reflektieren und von seinen eigenen Bildern von Männlichkeit und Weiblichkeit zu trennen. Wenn es um die Einleitung von medizinischen Maßnahmen geht, befindet sich der Behandler in einer Doppelrolle, die durch das Dilemma bedingt ist, dass er einerseits die einer psychotherapeutischen Haltung entsprechende Offenheit gegenüber dem inneren Prozess des Patienten aufrechterhalten muss und er sich jedoch andererseits gleichzeitig in der Rolle eines Bewertenden wiederfindet, was auch von Jugendlichen oft sehr dezidiert wahrgenommen wird. Es ergibt Sinn, diese Doppelrolle aktiv anzusprechen, etwa dann, wenn ein Patient extrem darauf bedacht ist, einen „transperfekten“ Eindruck zu erzeugen und Zweifel und Ängste bezüglich des eigenen Weges nicht mehr wahrgenommen werden können. Der konkretistische Wunsch nach einer medizinischen Behandlungsmaßnahme kann eine gesamte Behandlung derart dominieren, dass wesentliche Bereiche eines Patienten gänzlich unbearbeitet und unverstanden bleiben.

2.1.3.4 Indikationsstellung und „second look“ bei geschlechtsangleichenden Behandlungen

Bei diagnostischer Klarheit und Sicherheit aller Beteiligten (Eltern, Jugendlicher, Behandler) kann, wie in der Abbildung auf Seite 21 gezeigt, als erster Schritt einer nicht vollständig reversiblen Maßnahme eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung initiiert werden. Nach erfolgter Indikationsstellung durch den Hauptbehandler hat sich das Procedere der „Zweitsicht“ bei einem weiteren Genderspezialisten bewährt, der in der Regel einen einzigen Termin bereitstellt. Ziel dabei ist es nicht, die Diagnose zu überprüfen, sondern gemeinsam mit dem Jugendlichen nochmals den Zeitpunkt, die gefühlte Notwendigkeit sowie die realitätsbezogene Einschätzung sämtlicher damit verbundener Konsequenzen zu reflektieren.

Der Eindruck aus der Zweitsicht wird abschließend mit allen Behandlern in einer Fallkonferenz diskutiert, bevor der endokrinologische Kollege mit der Behandlung beginnt.

Die Indikationsstellung für Mastektomie und bei Erreichen der Volljährigkeit für genitalchirurgische Eingriffe erfolgt hingegen ausschließlich

durch den Hauptbehandler unter Einbeziehung und Aufklärung der Eltern.

2.2 Somato-medizinische Behandlung

Sobald durch eine sorgfältige psychologische Evaluation eine recht hohe Sicherheit besteht, dass bei dem Ratsuchenden eine transidente Entwicklung vorliegt, kann eine pubertätsunterdrückende Behandlung begonnen werden. Auf diese Weise können körperliche Veränderungen, wie Stimmbruch, Bartwuchs oder Brustwachstum und Menstruation, verhindert werden, was den Leidensdruck der Betroffenen verringert. Das spätere Erscheinungsbild dieser trans* Menschen wird dem Wunschgeschlecht entsprechen, d.h., ihnen bleibt eine Stigmatisierung durch Merkmale des Geburtsgeschlechts erspart. Somit werden Mastektomie, Kehlkopfoperationen oder kiefer-/gesichtschirurgische Eingriffe bei frühzeitiger Hormonbehandlung in der Regel gar nicht erforderlich.

Es ist allerdings nicht auszuschließen, dass die pubertätshemmende Therapie zu einer Beeinträchtigung der psychosexuellen Entwicklung führt und mögliche nicht transidente Entwicklungen, insbesondere ein homosexuelles Coming-out und andere Variationen der sexuellen Identität, hierdurch erschwert werden.

Systematische Untersuchungen, wie sich eine frühe hormonelle Behandlung vor Pubertätsabschluss auf die weitere Entwicklung der Geschlechtsidentität auswirkt bzw. inwiefern hierdurch eine transidente Entwicklung iatrogen induziert wird, liegen bislang nicht vor. Tatsächlich versetzt die pubertätsblockierende Behandlung den Körper (und das Gehirn) in einen „neutralen“ Status, wodurch eventuell die Persistenz der Geschlechtsinkongruenz begünstigt wird. Ohne eine Unterdrückung der körpereigenen Sexualhormone könnte die Geschlechtsidentität im Zuge der fortschreitenden sozio-emotionalen, kognitiven und psychosexuellen Reifeentwicklung vielleicht wieder in Einklang mit der Anatomie des Körpers gelangen und ggf. eine homosexuelle Orientierung ausgelebt werden. Allerdings ist diese Hypothese derzeit wissenschaftlich nicht untermauert.

Die Annahme, dass die Wirkung von GnRH-Analoga vollständig reversibel sei, ist mit Blick auf die etwaigen zentralnervösen Auswirkungen einer solchen hormonellen Pubertätssuppression keineswegs belegt.

Eine Beeinträchtigung des Entwicklungsverlaufs des Kindes und eine irreversible Beeinflussung von dessen Hirnreifung gilt es jedoch unbedingt zu vermeiden. Giedd et al. haben gezeigt, dass die Pubertät eine Phase erheblicher Umbau- und Reorganisationsprozesse des reifenden Gehirns ist (10). Es bleibt allemal unklar, was die Pubertätsblockade in dieser Phase bewirkt – siehe dazu auch Meyer-Bahlburg (11). Aus besagtem Grund halten Kritiker einer frühzeitigen Hormontherapie dieses Vorgehen für problematisch.

Unterdessen sehen sich Genderspezialisten und pädiatrische oder gynäkologische Endokrinologen oftmals völlig verzweifelte Jugendlichen gegenüber, für die eine Pubertät im (vermeintlich) „falschen Körper“ ein nicht auszuhaltender Leidensdruck bedeutet. Seit Ende der 1990er Jahre wird in dieser Situation an der Amsterdamer Universitätsklinik um die Psychologin Cohen-Kettenis eine frühzeitige Hormontherapie empfohlen (1). Seither wurde eine größere Anzahl von Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie hormonell behandelt, zunächst mit pubertätshemmenden, anschließend mit geschlechtsangleichenden Hormonen. Nachuntersuchungen dieser Patienten zeigen einen positiven Verlauf hinsichtlich psychiatrischer Komorbidität, des psychosozialen Funktionsniveaus und des physischen Erscheinungsbildes (12–14). Nach Auffassung der Kritiker einer frühzeitigen Hormonbehandlung kann jedoch selbst bei einem retrospektiv als erfolgreich bewerteten Behandlungsfall nicht zwangsläufig davon ausgegangen werden, dass ursprünglich eine sichere transidente Determinierung vorlag und nicht auch ein anderer Verlauf mit z. B. homosexuellem Coming-out möglich gewesen wäre. Hierzu kontrollierte Studien durchzuführen ist nicht möglich – kein Betroffener würde an einer randomisierten Studie teilnehmen wollen, die unterschiedliche Therapieschemata miteinander vergleicht.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass nach Beginn einer Hormontherapie – und zwar bereits nach der pubertätsunterdrückenden Behandlung – die Wahrscheinlichkeit extrem gering ist, dass ein Betroffener wieder in seinem biologischen Geschlecht leben möchte. Praktisch alle durch uns behandelten Jugendlichen, bei denen eine pubertätsunterdrückende Behandlung begonnen wurde, wünschen im weiteren Verlauf eine geschlechtsangleichende Hormontherapie.

Die Entscheidung für oder gegen die Einleitung einer Hormonbehandlung ist individuell zu treffen und setzt angesichts der weitreichenden Folgen ein besonderes Maß an Verantwortungsbewusstsein auf Seiten

des behandelnden Arztes voraus. Das Dilemma falsch getroffener Entscheidungen besteht dabei in *beide* Richtungen, denn auch das Vorhalten einer hormonellen Behandlung im Jugendalter ist im Falle einer späteren transidenten Entwicklung mit eindeutigen Nachteilen behaftet und birgt zudem das Risiko für psychische Krisen.

2.2.1 Pubertätsunterdrückende Behandlung

Den *Standards of Care der World Professional Association for Transgender Health (WPATH)* folgend, sollte eine pubertätsblockierende Hormontherapie frühestens nach Erreichen des Tanner-II-Stadiums in Erwägung gezogen werden, *keinesfalls* prophylaktisch präpubertär (15). Voraussetzung dafür ist,

- *erstens*, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit eine transidente Entwicklung vorliegt,
- *zweitens*, dass die Indikation zur Einleitung einer hormonellen Behandlung gemeinsam von dem interdisziplinären Team, bestehend aus einem Kinder- und Jugendpsychiater/-psychotherapeuten, pädiatrischen oder gynäkologischen Endokrinologen, gestellt wird und
- *drittens*, dass parallel die begleitende psychotherapeutische Behandlung fortgeführt wird.

Das Vorgehen orientiert sich an den deutschen S1-Leitlinien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie (AWMF-Leitlinien); im Besonderen sollten auch die Empfehlungen bezüglich Art, Umfang und inhaltlicher Fokussierung der Psychotherapie unbedingt berücksichtigt werden (16).

Eine pubertätsunterdrückende Behandlung sollte nur begonnen werden, wenn die Geschlechtsdysphorie bei den betroffenen Jugendlichen durch die pubertären Veränderungen zunimmt und einzig unter der Voraussetzung, dass innerhalb des interdisziplinären Behandlungsteams Konsens bezüglich der Indikation besteht. Im Einklang mit den Empfehlungen der *WPATH* weist auch die Amsterdamer Arbeitsgruppe um Cohen-Kettenis darauf hin, dass überdies immer beide Elternteile in die Entscheidung miteinbezogen werden sollten und dass jugendliche Patienten, bei denen eine Hormonbehandlung in Betracht gezogen wird, keine schwerwiegenden psychosozialen Probleme aufweisen sollten, die mit dem diagnostischen und therapeutischen Vorgehen in negativer Weise interferieren.

Eine Pubertätssuppression mittels GnRH-Analoga stellt den ersten Schritt einer somato-medizinischen „Angleichungsbehandlung“ dar, die bei anschließendem Einsatz konträrgeschlechtlicher Hormone mit einer dauerhaften Infertilität infolge ausbleibender Reifung der Gonaden und des Reproduktionstrakts verbunden ist. Bei biologischen Jungen sollte daher vor Beginn einer pubertätsblockierenden Behandlung auch die Frage der künftig eingeschränkten Fertilität erörtert werden. Es gibt vereinzelt Betroffene, die sich eine Kryokonservierung von Spermien wünschen, um sich für später die Option eines genetisch eigenen Kindes offenzuhalten. Die Kryokonservierung von Eizellen oder Ovargewebe bei Transjungen (biologisch weiblichen Geschlechts) ist auch möglich und dieses Vorgehen sollte mit den Betroffenen erörtert werden.

Es wird auch immer wieder die Frage gestellt, ob eine frühe pubertätsunterdrückende Behandlung bei Transmädchen die später angestrebte geschlechtsangleichende Operation erschwert, indem das pubertäre Peniswachstum ausbleibt und somit weniger Haut im Genitalbereich für die Bildung einer Neovagina zur Verfügung steht. Erfahrene Chirurgen, wie z. B. Susanne Krege aus Essen, berichten, dass dieser Problematik durch die Verwendung von freien Hauttransplantaten (Skrotalhaut oder Haut vom Unterbauch oder Oberschenkel) begegnet werden kann. Dieses Vorgehen verlängere die Operationsdauer um etwa eine Stunde und die Komplikationsrate sei nur wenig höher (persönliche Mitteilung).

2.2.1.1 Behandlung mit GnRH-Analoga

Sowohl bei Transjungen als auch bei Transmädchen sind GnRH-Analoga effektiv, um die Gonadotropine (und somit nachgeordnet die Sexualsteroiden) zu supprimieren (13). Das Präparat Trenantone® (Leuprorelin-Depot) hat den Vorteil, dass es nur alle drei Monate subkutan appliziert werden muss; alternativ können Enantone® oder Decapeptyl® verwendet werden – allerdings dann mit Verabreichungen alle vier Wochen.

Nebenwirkungen sind selten; meist handelt es sich um lokale Reaktionen, wie subkutane Verhärtungen, Blutergüsse oder allergisch bedingte Papeln im Bereich der Einstichstelle. Einige biologische Mädchen (zukünftige Frau-zu-Mann-Transgender, FMT) klagten unter

GnRH-Behandlung über klimakterische Beschwerden, wie Hitzewallungen oder Unruhezustände, bedingt durch den Abfall des Estradiols. Dies legt sich meist innerhalb weniger Wochen/Monate. Die Gabe von Remifemin® (zwei Tabletten pro Tag), eines naturheilkundlichen Medikaments (Trockenextrakt aus Cimicifugawurzelstock = Traubensilberkerze), kann bei diesen Symptomen hilfreich sein. Dieses Präparat ist nicht rezeptpflichtig und muss von den Betroffenen selbst bezahlt werden – es ist glücklicherweise recht kostengünstig. Vereinzelt kann es im ersten Vierteljahr nach Therapiebeginn mit GnRH-Analoga zu Zwischenblutungen bzw. Schmierblutungen kommen.

Unter der GnRH-Behandlung sind die Gonadotropine erstaunlicherweise häufig nicht vollständig supprimiert – und die Menses bleiben trotzdem aus. Deshalb ist die Bestimmung von LH/FSH in der hormonellen Beurteilung nicht wegweisend. Ein erniedrigtes Estradiol hingegen ist ein guter Indikator für die effektive Pubertäts-/Mensessuppression.

Bei einer längerfristigen Unterdrückung der Sexualhormone durch GnRH-Analoga-Behandlung ist theoretisch die Entwicklung einer Osteoporose zu befürchten. Diese scheint jedoch auszubleiben, wie holländische Untersuchungen von Klink et al. nahelegen (17). Die „peak-bone-mass“ wird allerdings erst später erreicht, nämlich nach Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung, sodass die Auswirkung auf den Knochen ähnlich wie bei Jugendlichen mit einer konstitutionellen Entwicklungsverzögerung ist.

2.2.1.2 Behandlung mit Gestagenen

Zur Unterdrückung der Menses ist Orgametril® (Lynestrenol) 5–10 mg täglich eine oral anwendbare Alternative. Das Präparat befindet sich allerdings in Deutschland nicht mehr regulär auf dem Markt, kann aber über internationale Apotheken bezogen werden. Einige Krankenversicherungen übernehmen allerdings nicht die Kosten, obwohl es wesentlich kostengünstiger ist als eine Behandlung mit GnRH-Analoga. Auch Desogestrel kann eingesetzt werden, durchgängig eingenommen. Die Regelmäßigkeit (und sogar Pünktlichkeit) der Tabletteneinnahme scheint recht wichtig für eine effektive Mensessuppression zu sein. Häufig treten allerdings unter dieser Behandlung vaginale Blutungen auf, was die betroffenen Jugendlichen dann sehr belastet.

2.2.1.3 Behandlung mit Antiandrogenen

Bei Transmädchen (Mann-zu-Frau-Transgender), deren männliche Pubertät bereits recht weit fortgeschritten ist (Stimmbruch, adultes Hodenvolumen, verstärkte Körperbehaarung), kann das Antiandrogen Androcur® (Cyproteronacetat) eingesetzt werden. Dieses Medikament hat nicht nur eine periphere antiandrogene Wirkung, sondern supprimiert auch zentral die Ausschüttung von Gonadotropinen und nachfolgend das Testosteron.

- **Cave:** Unter einer Behandlung mit Cyproteronacetat (Androcur®) kann eine depressive Verstimmung auftreten; bei entsprechender Prädisposition kann sich daraus das Vollbild einer Depression entwickeln.
- **Praxistipp:** Es empfiehlt sich, die Jugendlichen in die Entscheidung, mit welcher Behandlung die Pubertät unterdrückt wird, von Anfang an mit einzubeziehen. Gelegentlich entscheiden sich auch manche Transjungen dafür, gar keine hormonelle Mensesunterdrückung durchführen zu lassen. Sie wollen bewusst so lange warten, bis eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung angefangen wird, weil dann der Zyklus ohnehin praktisch immer zum Erliegen kommt.

2.2.2 Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung

Nachdem die „falsche Pubertät“ durch den Einsatz von GnRH-Analoga aufgehalten wurde, sind die Jugendlichen zunächst sehr erleichtert, doch bald wird ihnen die Diskrepanz zwischen ihrer eigenen körperlichen Entwicklung und der ihrer Altersgenossen bewusst. Sie drängen dann auf eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung, die ihren Körper verändert und dem gefühlten Geschlecht anpassen soll. Es stellt sich erneut die Frage, ob ein Jugendlicher bereits die nötige Reife besitzt, um abschätzen zu können, wie sich die körperlichen Veränderungen auf sein künftiges Leben und insbesondere auf seine Sexualität auswirken werden. Wird durch die Hormonbehandlung tatsächlich die erhoffte Zufriedenheit erreicht? Oder kann dadurch eine existenzielle Krise noch verstärkt werden? Erhöht eine abwartende Haltung die Sicherheit, keine Fehlentscheidung zu treffen, oder wird dadurch der Lei-

densdruck der Jugendlichen gesteigert, weil sie sich unter ihren Altersgenossen als körperlich „zurückgeblieben“ empfinden?

Ein zum Beispiel 15-jähriger Transjunge ohne Stimmbruch und ohne männliche Behaarung zieht sich oftmals zurück und erlebt eine Beeinträchtigung seines psychosozialen Wohlbefindens. Bei biologischen Jungen mit einer Pubertätsverzögerung wird just aus diesem Grund gemäß der Leitlinie der *Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin* im Falle eines ausgeprägten Leidensdrucks nach dem 14. Geburtstag eine pubertätsinduzierende Testosteronbehandlung empfohlen, bei Mädchen eine entsprechende Östrogenbehandlung sogar ab 13,5 Jahren (18). In Analogie zu diesem Vorgehen wurden auch bereits Transjugendliche entsprechend früher behandelt. Diese Vorgehensweise ist jedoch nicht unumstritten, ein diesbezüglicher Konsens zwischen Befürwortern und Kritikern einer frühzeitigen hormonellen Therapie steht gegenwärtig noch aus. Gemäß nationalen und internationalen Empfehlungen sollte eine geschlechtsangleichende Hormontherapie in der Regel erst nach dem 16. Geburtstag begonnen werden. Gemäß der jüngsten Leitlinie der *Endocrine Society* von November 2017 (9) wird anerkannt, dass es überzeugende Argumente geben kann, auch vor dem 16. Geburtstag eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung zu beginnen. Es wird darauf hingewiesen, dass es kaum Studien gibt, die eine so früh begonnene Behandlung mit Sexualsteroiden evaluieren. Die sich derzeit in Arbeit befindende AWMF-Leitlinie befasst sich auch mit diesen Altersgrenzen. Parallel zur somato-medizinischen Behandlung ist es in vielen Fällen erforderlich, die Betroffenen auch weiterhin fachkundig psychotherapeutisch zu begleiten.

Bezüglich der genannten Altersgrenze ist kritisch anzumerken, dass nicht das kalendarische, sondern vielmehr das Entwicklungsalter, insbesondere der Grad der psychosexuellen Reife beurteilungsrelevant ist. Hinsichtlich der somato-sexuellen und psychosexuellen Entwicklung besteht ein großer Altersspielraum. Die Reifebeurteilung und die damit verbundene Entscheidung über die Indikation hormoneller Interventionen sollten deshalb individuell, auf den einzelnen Patienten bezogen und grundsätzlich interdisziplinär getroffen werden.

2.2.2.1 Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei Transjungen (FMT)

Die Vermännlichung des Körpers von Transjungen (Frau-zu-Mann-Transgender) kann sowohl durch die intramuskuläre Applikation von Testosteron-Enantat oder -Undecanoat als auch durch eine transdermale Verabreichung (Gel) erzielt werden. Je nach (Knochen-) Alter und Körpergröße kann zunächst in einer etwas niedrigeren Dosierung (z. B. Testosteron-Enantat 100 mg/Monat i. m. oder Testosteron-Gel 25 mg/alle 2 Tage) begonnen werden. Dieses Vorgehen empfiehlt sich, wenn noch ein Restwachstum zu erwarten ist und ein zu rascher Verschluss der Epiphysenfugen verhindert werden soll. Ist der Patient hingegen schon ausgewachsen, kann mit einer vollen Substitutionsdosis begonnen werden (Testosteron-Undecanoat [Nebido®] 1000 mg alle drei Monate; Testosteron-Gel [z. B. Testogel®] 25 oder 50 mg/Tag), wobei in den meisten Fällen die niedrigere Dosierung ausreichend ist. Nach der persönlichen Erfahrung des Autors ist keine „Aufsättigung“ mit Nebido® nach sechs Wochen erforderlich, wie dies beim männlichen Hypogonadismus empfohlen wird. Patienten mit Adipositas und Bluthochdruck sollten eher mit einem transdermalen Präparat behandelt werden, da es ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko zu geben scheint (16).

- **Praxistipp:** Die Behandlung mit GnRH-Analoga kann mit Beginn der Gabe geschlechtsangleichender Hormone beendet werden; es treten dann nur sehr selten vaginale Blutungen auf. Sollte dies rezidivierend der Fall sein, können das GnRH-Analagon oder die gestagenhaltige Pille jederzeit wieder zusätzlich angesetzt werden.
- **Die wichtigsten Inhalte einer Aufklärung über eine Testosteronbehandlung:** Bereits etwa sechs bis acht Wochen nach Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung kann es zum Stimmbruch kommen; auch nimmt die Körperbehaarung zu (Oberlippenflaum, Behaarung an Armen, Beinen und Bauch). Bis es allerdings zu einem vollständigen Bart kommt, können zwei bis drei Jahre vergehen, und die Ausprägung ist abhängig vom familiären Behaarungsmuster. Die Gesichtszüge werden im weiteren Verlauf kantiger und die Muskulatur nimmt zu. Die Fettverteilung verändert sich, sodass der Körper deutlich maskuliner wird. Die Klitoris wächst, sodass sich ein kleiner Phallus entwickeln kann. Die Patienten sollten darauf hingewiesen werden, dass diese körperlichen Veränderungen

größtenteils irreversibel sind, dass sie auch (bei genetischer Disposition) mit einer androgenetischen Alopezie in der Zukunft rechnen müssen, dass Akne auftreten und sich eine Polyglobulie entwickeln kann. Letztere ist vermutlich für das etwas erhöhte Thromboserisiko verantwortlich. Ferner sollte darauf hingewiesen werden, dass die Fertilität durch Testosteron nachhaltig beeinträchtigt werden kann. Der Einsatz von Testosteron in einer üblichen Dosierung scheint bei Transmännern (FMT) kein zusätzliches Gesundheitsrisiko darzustellen.

2.2.2.2 Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei Transmädchen (MFT)

Bei Transmädchen (Mann-zu-Frau-Transgender) hat eine Estrogenbehandlung nicht nur das Ziel, eine Brustentwicklung zu ermöglichen, sondern sie kann auch helfen, die Endgröße dieser Jugendlichen durch den Verschluss der Epiphysenfugen zu verringern. Es kann also bei den eher großen Transmädchen durchaus mit einer vollen Substitutionsdosis mit Estradiolvalerat oder Estradiol 2 mg/Tag begonnen und ggfs. auf 4 mg/Tag gesteigert werden. Ziel sollte es sein, das Estradiol im oberen weiblichen Normbereich zu halten, um eine gute Brustentwicklung zu erreichen.

- **Die wichtigsten Inhalte einer Aufklärung über eine Estrogenbehandlung:** Unter der Einnahme von Estrogenen kommt es bereits nach wenigen Wochen zu einer Brustknospung, die auch häufig von einer Berührungsempfindlichkeit begleitet wird. Bis zu einer vollständigen Brustentwicklung dauert es etwa zwei bis drei Jahre, allerdings scheint das erste Behandlungsjahr recht entscheidend dafür zu sein, wie das Endergebnis ausfallen wird. Ist das Wachstum innerhalb der ersten Monate unter einer guten Estradiolkonzentration unbefriedigend, wird die Brust vermutlich auch eher klein bleiben. Über langfristige Nebenwirkungen der geschlechtsangleichenden Hormontherapie bei Transfrauen gibt es noch recht wenige Erkenntnisse, allerdings erhöht sich deren Brustkrebsrisiko – es liegt jedoch noch immer unter dem biologischer Frauen. Das (männerspezifische) Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen bleibt für MFT gleich, was jedoch auf den – in der Vergangenheit üblichen – Einsatz von Ethinylestradiol zurückgeführt wird.

Die Kosten sämtlicher Hormonpräparate, die für die Behandlung von Menschen mit zweifelsfrei diagnostizierter und andauernder Geschlechtsdysphorie im Sinne einer Transidentität erforderlich sind, werden von den Krankenkassen bzw. Krankenversicherungen übernommen, obwohl es sich um einen „Off-Label-Use“ handelt; diese Medikamente sind also nicht explizit für diese Behandlung zugelassen. Es besteht jedoch keine Notwendigkeit, einen Kostenübernahmeantrag vor Behandlungsbeginn bei der Krankenkasse zu stellen.

2.2.3 Geschlechtsangleichende operative Maßnahmen

Geschlechtsangleichende operative Eingriffe sollten nicht vor dem 18. Geburtstag erfolgen. Aus juristischen Gründen ist die Einwilligung in eine körperverändernde Operation nach Erreichen der Volljährigkeit für den Operateur weniger risikobehaftet. Vor allem aber ist eine ausreichende Persönlichkeitsreife erforderlich, um die langfristigen Konsequenzen eines solchen Eingriffs zu überblicken. In Einzelfällen, wenn der Körper ohnehin schon durch eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung stark in Richtung des Identitätsgeschlechts verändert ist, erscheinen operative Maßnahmen auch ab 16 Jahren sinnvoll. In diesem Punkt besteht jedoch unter Experten kein Konsens; in den deutschen S1-Leitlinien werden Genitaloperationen zur Geschlechtsangleichung vor Vollendung des 18. Lebensjahres ausdrücklich nicht empfohlen (16).

2.2.3.1 Mastektomie bei FMT (Transmänner)

Bei Brüsten mit einem kleinen Volumen kann ein Semilunarschnitt am Mamillenrand ausreichend für die Mastektomie sein – in Analogie zur Operation bei Jungen mit einer Pubertätsgynäkomastie. Bei größeren Brüsten müssen teilweise aufwendigere Techniken mit plastischen Operationen angewendet werden.

2.2.3.2 Genitaloperationen bei FMT (Transmänner): Penoidaufbau

Operationstechnisch handelt es sich um einen recht komplizierten und komplikationsreichen Eingriff. Die Haut für den neuen Phallus wird meist am Unterarm gewonnen und die Klitoris an der Unterseite des

Penis integriert, sodass auch eine befriedigende sexuelle Erlebnisfähigkeit möglich ist. Mithilfe einer hydraulischen Erektionsprothese können Transmänner penetrativen Geschlechtsverkehr haben.

2.2.3.3 Genitaloperationen bei MFT (Transfrauen): Neovagina

Bei der Anlage einer Neovagina wird die Penishaut nach innen gestülpt und aus der Eichel entsteht die Klitoris. Durch nervenerhaltende Operationstechniken kann deren Sensibilität erhalten bleiben, was beim späteren Geschlechtsverkehr in vielen Fällen auch eine Orgasmufähigkeit ermöglicht. Im postoperativen Verlauf ist es sehr wichtig, dass die Patientinnen regelmäßig bougieren. Die Patientinnen können zum Bougieren einfaches Gleitgel verwenden und abends eine Estrogen/Estriolcreme (z.B. Ovestin®) oder einfach Bepanthen®. Da die Neovagina nicht aus Schleimhaut besteht, scheint die Wirksamkeit einer hormonhaltigen Salbe ohnehin eingeschränkt zu sein.

3 Zusammenfassung und Fazit

Die Behandlung von Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie stellt die verantwortlichen Ärzte und Psychotherapeuten wie auch die Eltern der Patienten vor große Schwierigkeiten – nicht zuletzt deshalb, weil aufgrund erheblicher Forschungslücken und des vollständigen Fehlens prospektiver, randomisiert-kontrollierter Studien in wesentlichen Punkten gegenwärtig keine evidenzbasierten Empfehlungen gegeben werden können. Insbesondere die Entscheidung für oder gegen eine frühzeitige Hormontherapie ist in den seltensten Fällen einfach zu treffen. Bislang kann nicht abschließend beurteilt werden, inwieweit die Hormonbehandlung iatrogen eine transidente Entwicklung verstärkt oder begünstigt. Den objektiven Nachteilen und möglichen Gefahren einer zu frühzeitigen diagnostischen Festlegung und Einleitung von entsprechenden somato-medizinischen Maßnahmen zur äußerlichen Geschlechtsangleichung stehen die eindeutigen Vorteile gegenüber, die eine solche Behandlung im Falle einer tatsächlichen transidenten Entwicklung für den Betroffenen mit sich brächte.

Eine Beeinflussung des Entwicklungsverlaufs des Kindes und von Hirnreifungsprozessen durch eine pubertätsblockierende und/oder frühzeitige geschlechtsangleichende Hormontherapie ist bisher nicht bewiesen, aber auch nicht hinreichend widerlegt. Unabhängig davon erscheinen aus entwicklungspsychologischer Sicht grundsätzliche Zweifel angebracht, ob ein Kind bzw. Jugendlicher selbst bereits die nötige emotionale und kognitive Reife besitzt, um in eine mit lebenslangen Konsequenzen verbundene Behandlung einzuwilligen. Des Weiteren ist auch kritisch zu hinterfragen, ob der Entschluss zur Durchführung solcher Interventionen durch die Eltern des Kindes getroffen werden kann bzw. sollte – gerade in Hinblick auf die drohende Infertilität. Es gibt durchaus Eltern, die sich dessen bewusst sind und aus diesem Grund davor zurückschrecken. Entscheidungen von derartiger Tragweite würden bei anderen Patientengruppen vermutlich ausführliche Diskussionen einer eigens dazu einberufenen Ethikkommission voraussetzen.

Die Indikation zur Einleitung einer Hormonbehandlung – gleich welcher Art – sollte deshalb ausnahmslos immer von zwei unterschiedlichen, in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie erfahrenen Spezialisten gestellt werden; bei Minderjährigen ist dabei unbedingt ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psycho-

therapie oder ein spezialisierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut einzubeziehen. Die Festlegung des „richtigen“ Zeitpunkts, an dem eine hormonelle Therapie begonnen wird, sollte individuell und stets interdisziplinär getroffen werden. Dies erfordert auch von den (mit behandelnden gynäkologischen und pädiatrischen Endokrinologen, dass sie sich mit den wesentlichen ethischen Fragen, die ein solcher ärztlicher Eingriff aufwirft, intensiv auseinandersetzen. Das wiederum setzt einen Überblick über mögliche Differenzialdiagnosen zu verschiedenen Entwicklungszeitpunkten ebenso voraus wie die Kenntnis der Ergebnisse bisheriger Katamnese-Studien, also das Wissen um die große Heterogenität und Verlaufsvariabilität von Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter.

Die Verantwortung ist groß, einen völlig gesunden jugendlichen Körper einer tiefgreifenden medizinischen Intervention mit irreversiblen Folgen zu unterziehen, und die Anforderungen an die behandelnden Ärzte sind dementsprechend hoch. In diesem Dilemma – einer gewissen Unsicherheit bei der Indikationsstellung und dem oftmals großen Leidensdruck der Betroffenen – müssen die Behandler eine Entscheidung treffen, die sich auf das langfristige Wohl dieser jungen Menschen konzentriert. Angesichts dieser Tatsache sollte das vorrangige Ziel der Forschung und die Aufgabe aller der auf dem Gebiet klinisch Tätigen darin bestehen, mittels prospektiver Beobachtungen des Entwicklungsverlaufs der in ihrer sexuellen Identitätsfindung psychotherapeutisch begleiteten, ratsuchenden Jugendlichen und durch systematische Auswertung von Kasuistiken genauere Kenntnis darüber zu erlangen, ob und – wenn ja – welche verlässlichen Kriterien es gibt, die eine frühzeitige Einleitung einer Transitionsbehandlung vertretbar erscheinen lassen.

Nach unserer persönlichen Erfahrung scheint das Risiko einer Fehlentscheidung in Bezug auf die Gabe von Hormonen deutlich geringer zu sein als die Wahrscheinlichkeit, dass durch „Zuwarten“ der Leidensdruck geschlechtsdysphorischer Jugendlicher unerträglich wird und sie das in ihrer gesamten psychosozialen Entwicklung beeinträchtigt.

Literatur

1. Cohen-Kettenis PT, van Goozen SH: Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1998;7(4):246-248.
2. Zucker KJ: Gender identity disorders in children and adolescents. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:467-492.
3. Green R: The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality. Yale University, New Haven, CT 1987.
4. Wallien M, Cohen-Kettenis PT: Psychosexual Outcome of gender-Dysphoric Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*. 2008;47,1413-1423.
5. Ristori J, Steensma TD: Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1):13-20.
6. Steensma TD et al.: Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52:582-590.
7. Becker I et al.: Trans im Jugendalter – Aktuelle Forschungsergebnisse. *Psychotherapie im Dialog*. 2017;18:41-45.
8. Becker I et al.: Merkmale von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie in der Hamburger Spezialsprechstunde. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat*. 2014;63:486-509.
9. Hembree WC et al.: Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102(11):3869-3903.
10. Giedd JN et al.: Review: magnetic resonance imaging of male/female differences in human adolescent brain anatomy. *Biology of Sex Differences*. 2012;3(19):1-9.
11. Meyer-Bahlburg HF: Sex Steroids and Variants of Gender Identity. *Endocrinol Metab Clin N Am*. 2013;42:435-452.
12. De Vries ALC et al.: Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J. Child Psychol Psychiat*. 2011;52:1195-1202.

13. De Vries ALC et al.: Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *J Sex Med.* 2011;8:2276-2283.
14. De Vries ALC, Cohen-Kettenis PT: Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *J Homosex.* 2012;59:301-320.
15. WPATH – The World Professional Association for Transgender Health: Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 7th version. 2011; www.wpath.org
16. Meyenburg B et al.: AWMF-Leitlinien Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter (F64) – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 2013.
17. Klink D et al.: Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015;100(2):270-275.
18. Hauffa BP, Simic-Schleicher G: AWMF-Leitlinien Pubertas tarda und Hypogonadismus (027/025) – Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie, 01/2011.

Weiterführende Literatur

American Psychiatric Association: Guidelines for psychological practice with trans-gender and gender nonconforming people. *Am Psychol.* 2015;70:832-864.

Becker I, Richter-Appelt H: Langzeit-Entwicklungen bei Geschlechtsdysphorie und Gendervarianz im Kindes- und Jugendalter: Datenlage und Implikationen psychosexueller und psychischer Entwicklungsverläufe. *Kinderanalyse.* 2018;26:180-201. DOI 10.21706/ka-26-3-180.

Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F: Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence. *Developmental Clinical Psychology and Psychiatry.* Sage, London 2003.

Coleman E et al.: Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People. Version 7. *Int J Transgenderism*. 2012;13(4):165-232.

Fuchs M et al.: Transidentität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Wissenschaftlicher Hintergrund und klinische Erfahrungen aus einer Spezialsprechstunde. *Gynäkologische Endokrinologie*. 2017;15:30-38.

Hembree WC: Guidelines for Pubertal Suspension and Gender Reassignment for Transgender Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2011;20(4):725-732.

Hembree WC et al.: Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. 2009.

Layton JB et al.: Comparative Safety of Testosterone Dosage Forms. *JAMA Intern Med*. 2015;175(7):1187-1196.

Möller B et al.: Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie im Rahmen einer interdisziplinären Spezialsprechstunde. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat*. 2014;63:465-485.

Nieder TO et al.: Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2014;64:232-245.

Vanderschueren D et al.: Androgens and bone. *Endocr Rev*. 2004;25:389-425.

Dipl.-Psych. Saskia Fahrenkrug
Psych. Psychotherapeutin/Psychoanalytikerin
Leiterin der Spezialambulanz für Kinder und Jugendliche mit
Geschlechtsdysphorie
Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg
Tel: 040 741059656
Fax: 040 741052409
E-Mail: s.fahrenkrug@uke.de

Dr. med. Achim Wüsthof
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Pädiatrischer Endokrinologe und Diabetologe (DDG)
MVZ endokrinologikum Hamburg
Zentrum für Hormon- und Stoffwechselerkrankungen,
Reproduktionsmedizin und Gynäkologische Endokrinologie,
Kinder- und Jugendmedizin
Lornsenstraße 4–6
22767 Hamburg
Tel: 040 30628-204
Fax: 040 30628-239
E-Mail: achim.wuesthof@amedes-group.com

